

NOTIFICACIÓN DE CAMBIO PROGRAMA DE ASISTENCIA MONETARIA PARA INMIGRANTES (CAPI)

CONDADO DE _____

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Fecha de la notificación : _____
Nombre del caso : _____
Número : _____
Nombre del trabajador : _____
Número : _____
Teléfono : _____
Dirección : _____

(ADDRESSEE)

┌ _____ ┐
└ _____ ┘

¿Tiene preguntas? Comuníquese con su trabajador.

Audiencia con el Estado: Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. En la siguiente página se le explica cómo solicitarla. Es posible que sus beneficios no cambien si usted solicita una audiencia antes que esta acción entre en vigor.

CAMBIO EN LOS BENEFICIOS:

A partir de _____, sus pagos de CAPI cambiarán
(mes/día/año)
de \$ _____ a \$ _____ debido a que:

- Sus ingresos, o los ingresos de su esposo(a), padre/madre o patrocinador han cambiado. (MPP* 49-035)
- Su estado civil ha cambiado. (MPP 49-035, MPP 49-050)
- Sus arreglos de vivienda han cambiado. (MPP 49-050)
- Usted recibió un pago excesivo (vea los comentarios). (20 CFR** 416.537)
- Otro _____

DESCONTINUACIÓN:

A partir de _____, sus pagos de CAPI se descontinuarán
(mes/día/año)
debido a que:

- Su situación migratoria/ciudadanía no cumple con los requisitos de CAPI. (MPP 49-020)
- Sus ingresos por la cantidad de \$ _____, los cuales es posible que incluyan ingresos de su patrocinador, son más que el límite permitido. (MPP 49-035)
- Sus recursos, los cuales es posible que incluyan ingresos de su patrocinador, son más que el límite permitido de \$2,000 dólares para una persona o \$3,000 dólares para una pareja. (MPP 49-040)
- No ha presentado las pruebas de que ha solicitado los beneficios de SSI (Programa de Ingresos Suplementales de Seguridad) ni ha tomado todas las medidas necesarias para obtener los beneficios de SSI. (MPP 49-030)
- Sus beneficios de SSI han sido aprobados; no puede recibir los beneficios de SSI y los pagos de CAPI al mismo tiempo. (MPP 49-030)
- No cooperó con el Condado (vea los comentarios). (MPP 49-060.1)
- Usted reside en una institución que recibe fondos públicos. (MPP 49-010.21)
- Usted no es un residente de California. (MPP 49-010.14)
- El Condado tiene información que la persona que recibe beneficios ha muerto. (MPP 49-060.33)
- Usted ya no es una persona ciega, discapacitada o incapacitada. (MPP 49-025)
- Usted nos pidió que descontinuáramos sus pagos de CAPI. (49-060.35)
- Usted está fuera de los Estados Unidos durante un mes entero. (MPP 49-010.24)
- Otro _____

Comentarios:

RESPONSABILIDADES EN RELACIÓN A LO QUE REPORTA

La cantidad de su pago de CAPI se basa en toda la información que nosotros recibimos. Usted tiene que avisar al Condado cada vez que haya un cambio, incluyendo cambios en los ingresos, recursos o los arreglos en relación a la vivienda de usted, su esposo(a), padre/madre o hijo/hija que viva con usted, o su patrocinador y su esposa(o) sin importar en donde vivan.

Usted tiene que notificarnos de cualquier cambio antes de que pasen 10 días, contados a partir de la fecha del cambio. Recuerde que un cambio puede reducir o aumentar su pago mensual de CAPI. Es posible que usted tenga que reembolsar los pagos excesivos que reciba.

Reglas: Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar público, son pertinentes: MPP 49-001 al 49-070.

